Bijlage 3

Risicoanalyse

Fraude in de AWBZ zorg in natura

Ministerie van VWS

November 2012

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

Signalen over fraude in de zorg komen steeds vaker voor. Zo is in de media en politiek veel aandacht voor fraude met het persoongebonden budget in de AWBZ. Lange tijd dacht men dat er in de AWBZ zorg in natura (ZIN) niet veel fraude zou zijn, omdat het een gebudgetteerd systeem betreft. Nadat er enkele gevallen van grootschalige fraude aan het licht zijn gekomen wordt daar anders over gedacht en is de AWBZ, samen met de GGZ en de medisch specialistische zorg als meest risicovolle sector voor fraude in de zorg benoemd. Cijfers over het voorkomen van fraude zijn afkomstig van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en gaan over zowel de cure als de care.

Vanaf 2007 houdt ZN bij hoeveel fraude, onrechtmatige declaraties en foute declaraties er jaarlijks door de zorgverzekeraars/zorgkantoren zijn opgespoord:

ZN fraudecijfers van de afgelopen 5 jaar:

	2007	2008	2009	2010	2011
opgespoorde fraudegevallen	1100	392	383	366	393
opgespoorde fraude	€ 8 mln.	€ 7 mln.	€ 7,5 mln.	€ 6,2 mln.	€ 7,7 mln.
teruggevorderd via de materiële controle	€ 58 mln.	€ 93 mln.	€ 177 mln.	€ 106,3 mln.	€ 167 mln.
bespaard via formele controles	€ 350 mln.	€ 300 mln.	€ 350 mln.	€ 1,1 miljard	€ 800 mln.

Vanaf 2010 houdt ZN ook bij hoe de opgespoorde fraude is verdeeld over de cure en de care. In 2010 is de fraude voornamelijk opgespoord in de Zorgverzekeringswet: 2,9 miljoen euro, 46%. In de AWBZ is het bedrag 2,1 miljoen euro. De resterende 1,2 miljoen is opgespoord in de aanvullende verzekering. Het opgespoorde fraudebedrag is vrijwel gelijk verdeeld tussen zorgaanbieders, verzekerden en derden. Fraude onder zorgaanbieders is voornamelijk gedetecteerd in de mondzorg, bij paramedici en bij overige zorgaanbieders (o.a. ambulancezorg, pgb en hulpmiddelen). In 2011 is verreweg de meeste fraude opgespoord in de Zvw: 65%, de AWBZ neemt 30% voor zijn rekening en de aanvullende verzekeringen 5%. De plegers zijn in 77%van de gevallen zorgaanbieders, in 13% (aspirant)verzekerden en in 7% derden, bijvoorbeeld bemiddelingsbureaus en in 3% gaat het om eigen medewerkers. Van de frauderende zorgaanbieders staan de medisch specialisten op één (36%), de pgb-bureaus zijn met 19% vertegenwoordigd en een grote stijger is de GGZ (12%).

Tijdens de begrotingsbehandeling van 2010 hebben de Tweede Kamerleden Venrooy-Van Ark en Uitslag een motie ingediend[1]. In deze motie vragen zij de staatssecretaris van het ministerie van VWS onderzoek te doen naar fraude en oneigenlijk gebruik binnen de AWBZ ZIN en naar aanleiding daarvan met concrete maatregelen te komen en de Tweede Kamer te informeren. De staatssecretaris heeft de Tweede Kamer uitvoering van deze motie toegezegd. In haar programmabrief langdurige zorg van 1 juni 2011 heeft de staatssecretaris aangegeven dat het uitvoeren van een risicoanalyse op fraude in de AWBZ ZIN één van de activiteiten betreft in het werkprogramma van de regiegroep “verbetering fraudebestrijding in de zorg”.

[1] Kamerstuk 25 657, nr. 43

Het ministerie van VWS is in 2011 gestart met het project *risicoanalyse AWBZ ZIN,* waarbij op basis van een risico-inventarisatie wordt onderzocht welke maatregelen genomen kunnen worden om fraude in de AWBZ zorg in natura terug te dringen. In dit rapport worden deze risicoanalyse en de mogelijke maatregelen gepresenteerd. Zoals hierboven gezegd, maakt Zorgverzekeraars Nederland elk jaar bekend hoeveel geld er door de zorgverzekeraars is teruggehaald via hun fraudeonderzoek. Het algemene idee is dat dit bedrag niet gelijk is aan de daadwerkelijk gepleegde fraude. Hoe groot de omvang van de daadwerkelijk gepleegde fraude is, is onbekend.

Met het project *risicoanalyse AWBZ ZIN* wordt een eerste stap gezet op het terrein van een gestructureerde inventarisatie van risico op fraude in de AWBZ zorg in natura. De analyse biedt aanknopingspunten voor een vervolg waarin een nadere verdieping van risicogebieden en verdere uitwerking van maatregelen gewenst is.

1.2. Werkwijze

Voor de uitvoering van het project *risicoanalyse AWBZ ZIN* is een projectgroep binnen het ministerie van VWS samengesteld. De projectgroep heeft resultaten tussentijds gerapporteerd aan de regiegroep Verbetering fraudebestrijding in de zorg .

Het doel van de risicoanalyse is tweeledig:

1) Het onderzoeken van risico's op fraude in de AWBZ ZIN;
2) Het bedenken van concrete maatregelen om fraude in de AWBZ ZIN te verminderen.

Aanvankelijk heeft de projectgroep zich alleen gericht op ´echte´ fraude in de AWBZ ZIN. Gedurende het traject bleek echter al snel dat er sprake is van een zekere gelaagdheid binnen het fraudebegrip, lopend van oneigenlijk gebruik naar opzettelijke fraude. In de praktijk blijkt echter niet altijd een duidelijk onderscheid gemaakt te kunnen worden waar oneigenlijk gebruik ophoudt en fraude begint. Om deze reden is besloten om voor de risicoanalyse naar zowel fraude als oneigenlijk gebruik in de gehele keten te kijken.

Onder fraude wordt verstaan: bedrog of oplichting door het vervalsen van de administratie of het niet nakomen van de regels. Onder zorgfraude wordt verstaan: opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen[2]. Onder oneigenlijk gebruik wordt verstaan: het gebruiken van een uitkering voor iets waar het niet voor bedoeld is.

De AWBZ is een complex systeem en een dergelijke risicoanalyse is niet eerder uitgevoerd. Om een goede risicoanalyse te kunnen uitvoeren was het een vereiste om allereerst het AWBZ systeem helder in kaart te brengen, om vervolgens inzichtelijk te krijgen waar zich aangrijpingspunten voor fraude bevinden. De volgende stappen zijn doorlopen:

1) *In kaart brengen systeem AWBZ*

[2] Definitie overgenomen uit: "Plan van aanpak 2010-2012 Verbetering fraudebestrijding in de zorg", p.4, van de Regiegroep 'Verbetering fraudebestrijding in de zorg' onder leiding van het Ministerie van VWS.

De AWBZ heeft ongeveer 700.000 gebruikers die zorg krijgen van zo'n 1500 instellingen. Het gaat om kwetsbare mensen die meestal langdurig van zorg afhankelijk zijn vanwege een aandoening of beperking. Er gaat in de AWBZ in totaal in 2012 zo´n 26 miljard om, waarvan 2 miljard is bestemd voor het pgb.
Er zijn drie 'zorgsectoren': ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidzorg en drie leveringsvormen: extramurale zorg (ook wel thuiszorg genoemd), intramurale zorg en persoonsgebonden budget (pgb). Mensen met een pgb kopen hun eigen zorg in. Deze leveringsvorm blijft buiten beschouwing in deze risicoanalyse. Wij beperken ons tot de intramurale- (260.000 cliënten) en de extramurale zorg (300.000 cliënten) die wordt geleverd door zo'n 1500 instellingen, waar 615.000 zorgverleners in loondienst werkzaam zijn. Daarnaast werkt er nog een groot aantal zzp'ers (zelfstandigen zonder personeel) in de AWBZ.

De AWBZ instellingen leggen jaarlijks verantwoording af in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De IGZ beoordeelt deze documenten. De markt voor aanbieders is –sinds het afschaffen van de contracteerplicht- vrij. Nieuwe toetreders zijn welkom. Zorgaanbieders die zorg in natura willen leveren moeten nu nog een toelating aanvragen bij het CIBG. Dit is een voornamelijk administratieve procedure.
De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Dit is één van de wettelijke taken van de NZa. De NZa houdt zowel toezicht op zorgkantoren als op zorgaanbieders, dit laatste op basis van signalen.

De AWBZ is een complex systeem met veel verschillende actoren en stromen. De Argumentenfabriek heeft daarom opdracht gekregen de processen die zich voordoen in de AWBZ schematisch in kaart te brengen. Dit hebben zij gedaan met input van AWBZ experts van zowel binnen als buiten het ministerie van VWS. De uitkomst hiervan is een stromenkaart die inzichtelijk maakt hoe de AWBZ werkt en wie wat doet in de AWBZ. Er zijn hierbij in totaal vier primaire processen onderscheidden: toegang, zorglevering, toezicht en financiering. In bijlage 2 zijn de overzichtskaarten opgenomen.

2) *Identificeren van de risicogebieden*
Vervolgens zijn door het ministerie van VWS en het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) risicogebieden voor fraude geïnventariseerd. Hierbij zijn de vier primaire processen binnen de AWBZ (toegang, zorglevering, toezicht en financiering) als vertrekpunt genomen. De risicogebieden zijn vervolgens getoetst in een door het CCV begeleide bijeenkomst samen met de ketenpartners NZa, IGZ, ZN, een zorgkantoor, Belastingdienst, FIOD, CAK en het CIZ. Samen met de aanwezige vertegenwoordigers van de ketenpartners is in deze bijeenkomst volgens de methodiek van het CCV tevens vastgesteld welke risicogebieden het grootst zijn.

3) *Onderzoeken risicogebieden*
Op basis van de voorgaande stappen is besloten de grootste risico's nader te analyseren. Vanuit de Regiegroep "verbetering fraudebestrijding in de zorg" is aanbevolen de methodiek Programmatisch Handhaven in te zetten voor het uitvoeren van deze vervolgonderzoeken.

Dit is een cyclische methode die ervan uitgaat dat goede handhaving planmatig in plaats van incident gestuurd verloopt. Kenmerk van programmatisch handhaven is dat deze methodiek het gedrag van mensen als uitgangspunt neemt.

Onderdeel van deze methode vormt het uitvoeren van een risicoanalyse met behulp van de zogenaamde Tafel van elf, een op gedragswetenschappen gebaseerd analysemodel bestaande uit elf dimensies die bepalend zijn voor de naleving van regelgeving. Met behulp van een doelgroepanalyse wordt duidelijk waarom de doelgroep regelgeving al dan niet naleeft. Dit biedt aanknopingspunten voor maatregelen en interventies die de naleving bevorderen en het meest effectief zijn. Ten behoeve van het nader onderzoeken van de risicogebieden heeft het ministerie van VWS enkele Tafel van elf sessies met externe partijen georganiseerd, onder begeleiding van het CCV.

4) *Opstellen maatregelen*
Handhaving wordt binnen de hiervoor genoemde methodiek van Programmatisch Handhaven breed opgevat, namelijk alle overheidsactiviteiten die er voor zorgen dat burgers en ondernemingen zich beter aan de regels houden. Om te bepalen waar handhaving er het meest toe doet, wordt het aan de regels ten grondslag liggende beleid als ijkpunt gebruikt. Daar waar die beleidsdoelen het meest worden bedreigd, heeft handhaving het hoogste maatschappelijk rendement. Door tijdens de Tafel van elf sessies in de huid van de doelgroep te kruipen wordt duidelijk waarom de doelgroep al dan niet naleeft. Dit biedt aanknopingspunten voor het opstellen van maatregelen die de naleving bevorderen.

De volgende organisaties hebben een bijdrage aan de risicoanalyse geleverd:

- De regiegroep Verbetering fraudebestrijding in de zorg;
- Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV);
- Uitvoerders van de AWBZ zorg in natura: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Centraal Administratie Kantoor (CAK), Zorgkantoren, Zorginstellingen (Zorggroep Crabbehof, Gemiva-SVG Groep, Koninklijke Kentalis),
- Brancheorganisaties:, Actiz; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Vertegenwoordigers van de gebruikers van de AWBZ zorg in natura: Regionale Cliëntenorganisatie GGZ, Landelijk Orgaan Cliëntenraden (LOC), Platform GGZ, oudervertegenwoordiger gehandicaptenzorg ;
- Organisaties die verantwoordelijk zijn voor het toezicht op de AWBZ zorg in natura en voor de opsporing en vervolging bij fraude: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Belastingdienst, Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), Inspectie SZW.

2. Risico's op fraude in de AWBZ zorg in natura

2.1. Identificeren risicogebieden (stap 2)

In een door het CCV begeleide bijeenkomst zijn samen met de ketenpartners tien risicogebieden aangewezen waar zowel de kans op overtreding als het effect ervan relatief groot worden geacht volgens de opvattingen van de aanwezige vertegenwoordigers van de ketenpartijen op de bijeenkomst.

Bij de inschatting van het effect is volgens de CCV methodiek gekeken naar de mogelijke impact op zes verschillende ´rechtsbelangen´: toegang, kwaliteit, betaalbaarheid, financieel-economische schade, volksgezondheid en politiek imago.

De risicogebieden zijn:

- Gebrek aan integer gedrag van bestuurders van zorgaanbieders;
- (Gemandateerde) aanbieders schroeven indicaties bewust op;
- Zorgaanbieders leveren niet de juiste hoeveelheid geïndiceerde zorg maar declareren deze wel bij het zorgkantoor;
- Onbetrouwbare en ondeskundige raden van toezicht bij zorgaanbieders;
- Samenwerking hoofd- onderaannemers ten behoeve van eigen gewin;
- Schotten tussen de verschillende regelingen werken dubbel declareren door zorgaanbieders in de hand;
- NZa beleidsregels zijn te globaal omschreven en sluiten niet aan bij de aanspraken zoals geformuleerd in de indicaties;
- Beperkte kennis en grote kwetsbaarheid bij de doorsnee zorgvrager;
- Zorgkantoren controleren zorgaanbieders onvoldoende (zowel formele als materiële controle);
- IGZ en CAK houden te weinig rekening met fraude terwijl slechte kwaliteit en signalen rond eigen bijdragen en fraude nauw samenhangen.

2.2. Analyse risicogebieden

Gebrek aan integer gedrag van bestuurders van zorgaanbieders

Het gebrek aan integer gedrag van bestuurders van zorgaanbieders is het grootste risico op fraude in de AWBZ ZIN en loopt als rode draad door alle overige risicogebieden heen. De impact van gebrek aan integriteit is hoog . Zorgbestuurders hebben een directe toegang tot voor zorg bestemde middelen, waardoor zij vanuit een fraudeperspectief een grotere kans hebben op het overtreden van de regelgeving. Het betreft ook een cumulatief risico: als aan de top van een organisatie zaken slecht geregeld zijn, heeft dat een negatief effect op het inperken van mogelijke risico's in andere lagen van de organisatie. Het risico lijkt daarnaast in de ogen van de aanwezigen op de hierboven genoemnde bijeenkomst met een andere invoering van de AWBZ de komende jaren toe te gaan nemen. Een zorgkantoor kan nu nog per regio in de gaten houden wat er gaande is, maar wanneer er gekozen wordt voor een andere uitvoeringsstructuur, zal dit complexer kunnen worden.

(Gemandateerde) aanbieders schroeven indicaties bewust op

De huidige trend in de indicatiestelling is een steeds verdere mandatering naar belanghebbenden. Hoewel het verstrekken van een (te) hoge indicatie bedoeld kan zijn om iemand zo goed mogelijk te kunnen helpen, hebben aanbieders ook rechtstreeks een financieel belang bij het ophogen van

indicatiebesluiten. Vanaf 1 juli 2012 loopt een pilot om aan de hand van opgestelde risicoprofielen meer face to face contact te krijgen bij het indiceren van zorgvragers met verblijf. Onderdeel van deze pilot is tevens het controleren van aanvragen van zorg zonder verblijf van meer dan 10 uur en onderzoek naar het verhogen van het toetsingspercentage herindicatie bij zorgmandaat zorgaanbieder.

Zorgaanbieders leveren niet de juiste hoeveelheid geïndiceerde zorg maar declareren deze wel bij het zorgkantoor
Dit wordt ook wel zorgverschraling genoemd: de kwaliteit van zorg voor de zorgvrager heeft te lijden onder het winstbejag van de zorgaanbieder. De betrokken experts schatten de impact van dit risico hoog in. Uit signalen van de IGZ blijkt dat zorgverschraling regelmatig voorkomt. Bij verschillende fraudezaken die recent nog in de belangstelling van de media zijn geweest, was 'zorgverschraling' aan de orde; denk aan thuiszorg instelling HenB en aan zorgbureau SPV. Beide bureaus declareerden te hoge tarieven voor de zorg die zij leverden met onvoldoende gekwalificeerd personeel aan hele kwetsbare (veelal allochtone) cliënten.

Onbetrouwbare en ondeskundige raden van toezicht bij zorgaanbieders
Recente signalen geven aan dat er gebrek aan deskundigheid is onder de toezichthouders in de zorg. Bovendien lijkt het 'old boys network' hier een sterke rol te spelen waardoor de toezichthouders zich gemakkelijk verplaatsen van de ene naar de andere zorginstelling. Als deze toezichthouders dan niet behept zijn met de juiste kennis en betrouwbaarheid, vormt dat, temeer omdat zij de bestuurders benoemen, een risico voor fraude.

Samenwerking hoofd- onderaannemers ten behoeve van eigen gewin
Het gaat hier om zorgondernemers die bewust gebruik maken van de mogelijkheid tot onderaanneming om AWBZ regels te ontlopen. De hoofdaannemers maken gebruik van hun machtspositie en betalen de onderaannemers die een contract bij hen hebben, te weinig ten behoeve van eigen winstmaximalisatie.

Schotten tussen de verschillende regelingen werken dubbel declareren door zorgaanbieders in de hand
De zorg kent vele regelingen en daarmee vele schotten, zoals tussen de AWBZ en Zvw, de AWBZ en de Wmo, etc. Inherent hieraan zijn grijze gebieden waar relatief makkelijk misbruik van te maken is. Denk hierbij ook aan de ggz.

NZa beleidsregels zijn te globaal omschreven en sluiten niet aan bij de aanspraken zoals geformuleerd in de indicaties
De taal van de indicatiestelling is niet de taal van de producten die zorgkantoren inkopen. Het mes snijdt hier aan twee kanten. Aan de ene kant maakt deze 'ruis op de lijn' het voor zorgkantoren moeilijk om goed te controleren. Aan de andere kant biedt deze discrepantie aanbieders ook de flexibiliteit om optimale zorg te kunnen leveren. Een concreet voorbeeld is de functie (extramurale) verpleging. Men kan een indicatie krijgen voor de functie 'verpleging'. In de taal van productie en inkoop is er onderscheid tussen de producten verpleging, verpleging extra en gespecialiseerde verpleging met een oplopend tarief. Hoe meer uren zwaardere verpleging worden afgesproken, hoe

meer budget wordt ontvangen. Dat kan leiden tot het onterecht afspreken van dure verpleging hetgeen moeilijk te controleren is omdat dit onderscheid in de indicatiestelling niet gemaakt wordt.

Beperkte kennis en grote kwetsbaarheid bij de doorsnee zorgvrager
Het blijkt dat in de bekende fraudegevallen in de AWBZ ZIN vaak de meest kwetsbare cliënten de dupe zijn: mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn, mensen met verstandelijke of psychiatrische beperkingen of kwetsbare ouderen. Deze cliënten weten niet goed waar zij recht op hebben en waar zij terecht kunnen met klachten. Bij dit risicogebied is er samenhang met de eerste drie risicogebieden. Niet integere aanbieders kunnen bij kwetsbare cliënten relatief gemakkelijk indicaties opschroeven en/of minder zorg leveren dan waar de client recht op heeft.

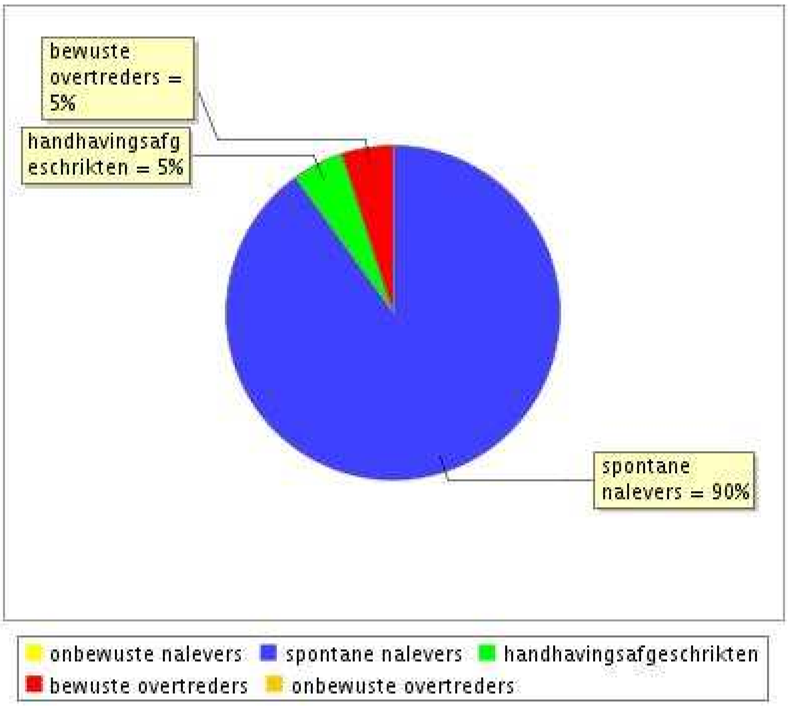
Zorgkantoren controleren zorgaanbieders onvoldoende (zowel formele als materiële controle)
Er zijn momenteel te weinig prikkels om controles goed uit te voeren. Vanuit het ministerie van VWS loopt momenteel een project dat zich bezig houdt met de intensivering van controle op de medisch specialistische zorg. Resultaten hiervan bieden in een later stadium eventueel aanknopingspunten voor maatregelen in de AWBZ.

IGZ en CAK houden te weinig rekening met fraude
Signalen die bij de IGZ binnenkomen over onvoldoende kwaliteit van zorg blijken vaak een relatie met fraude te hebben. Als instellingen slechte kwaliteit leveren, dan hebben ze ook vaak andere zaken, zoals hun administratie, niet op orde en dait kan een signaal zijn dat er meer aan de hand is. Eveneens lijkt er een relatie met fraude te kunnen zijn als zorginstellingen zelf de eigen bijdragen voor hun clienten afdragen aan het CAK . Dan hoeven dezeinstellingen hun clienten geen inzage te geven in hoeveel zorg er daadwerkelijk is geleverd. De instelling betaalt de (maximale) eigen bijdrage over de geindiceerde hoeveelheid zorg en levert vervolgens een fractie daarvan. De client ziet niet dat hij te weinig krijgt en er kraait vervolgens geen haan naar. Als zowel de IGZ als het CAK hier meer rekening mee zouden houden, zou er wellicht meer fraude aan het licht komen.

2.3. Onderzoeken risicogebieden en benoemen van maatregelen (stappen 3 en 4)
Op basis van de inventarisatie van risicogebieden op fraude in de AWBZ ZIN is geconcludeerd dat een gebrekkige integriteit van zorgbestuurders niet alleen het grootste risico, maar ook een overstijgend risico vormt. Dit vanwege de samenloop van dit risicogebied met een aantal andere risicogebieden. De samenloop is het grootst bij de twee daaropvolgende risicogebieden,namelijk het opschroeven van indicatiebesluiten en het meer declareren dan leveren. Beide gedragingen zeggen immers iets over de integriteit van de zorgbestuurders. Maar ook de samenloop met het risicogebied van de beperkte kennis en de grote kwetsbaarheid van de doorsnee zorgvrager in de AWBZ speelt hier een rol. Juist omdat de doorsnee zorgvrager zo in elkaar zit, kan de niet integere bestuurder zijn slag slaan. De verwachting is dat wanneer de integriteit van zorgbestuurders toeneemt, de risico´s in de overige risicogebieden verkleinen. Daarom en omwille van beschikbare tijd en middelen is besloten de eerste drie risicogebieden aan een nader onderzoek te onderwerpen in een tweetal Tafel van elf sessies.

Om het gedrag van zorgbestuurders nader te onderzoeken hebben onder begeleiding van het CCE twee doelgroepanalyses plaatsgevonden via de Tafel-van elf methode. Via deze methode wordt beter inzichtelijk gemaakt welke beweegredenen voor zorgbestuurders ten grondslag liggen aan

naleving dan wel overtreding van de regelgeving. Allereerst is er een sessie georganiseerd waar als doelgroep is gekozen voor alle zorgbestuurders in de AWBZ. Van deze zorgbestuurders wordt verwacht dat zij als vanzelfsprekend kwalitatief goede en doelmatige zorg leveren. De schatting van de aanwezigen tijdens de eerste sessie was dat 90% van de zorgbestuurders dit ook sowieso doet, dat 5% van de zorgbestuurders bestaat uit 'bewuste overtreders' en 5% uit 'handhavingsafgeschrikten of calculerende nalevers': mensen die de regels kennen en die zouden willen overtreden maar met het oog op de handhavingactiviteiten besluiten dat (toch maar) niet te doen. Eerder onderzoek maakt duidelijk dat het niet zo is dat deze niet-nalevingpercentages als basis gebruikt kunnen worden voor een schatting van de omvang van de fraude.[3] Het is uiterst ingewikkeld en daarom af te raden dergelijke schattingen te maken van het financiële bedrag dat gemoeid zou zijn met de daadwerkelijk gepleegde fraude.



Als mogelijke maatregelen om het onderzochte risicogebied te verkleinen werden voorgesteld een opleiding en "APK-keuring" voor zorgbestuurders in te stellen zodat de 'cowboys' de sector niet binnen kunnen komen, early warning te organiseren door meldingen van cliënten een betere plek te geven en inhoudelijke eisen te stellen aan de toelating van nieuwe aanbieders (zie bijlage 1 voor een uitgebreide weergave).

In de tweede sessie met gedeeltelijk dezelfde deelnemers is als doelgroep gekozen voor de 5 % bewuste overtreders onder de zorgbestuurders. De intentie was op die manier meer zicht te krijgen op mogelijke interventies die, omdat ze gerichter aangrijpen op de doelgroep die we willen bereiken, ook meer effect zullen sorteren.

[3] Frauderisico-analyse gezondheidszorg, prof. dr. Romke van der Veen, Universiteit Twente, 28 maart 2003, p. 14

De inschatting is dat ook malafide zorgbestuurders goed op de hoogte zijn van het feit dat ze geacht worden kwalitatief goede en doelmatige zorg te leveren. Er ligt echter een woud aan wet- en regelgeving, waardoor het onmogelijk is voor zorgbestuurders om alle bepalingen te kennen. De beleidsregels van de NZa worden niet altijd als duidelijk beschouwd. De complexiteit van de regels wordt ervaren als een risico op zich: als beleidsregels multi-interpretabel zijn, kan de niet-integere zorgbestuurder hier gebruik van maken. Zij zijn vooral goed op de hoogte van kwetsbare punten en mazen in de regelgeving.

De kosten om kwalitatief goede en doelmatige zorg te leveren worden als heel hoog ervaren en de opbrengsten als minder hoog in termen van tijd, geld en moeite. Het *niet* leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg levert naar verwachting meer op aan tijd, geld en moeite dan dat het kost. Opvallend is dat frauderende zorgbestuurders de administratie vaak erg netjes op orde hebben en daar ook aanzienlijk veel geld voor over hebben.

Reputatie is van belang voor zorgbestuurders, maar de impact ervan komt pas naar boven wanneer overtredingen (publiekelijk) aan het licht worden gebracht. De kans dat de sociale omgeving overtreders op hun gedrag aanspreekt wordt gemiddeld ingeschat. Horizontaal toezicht door andere organen vindt wel plaats, maar heeft niet altijd in dezelfde mate effect. Het begrip *good governance* is binnen de brancheorganisaties zeker aan de orde van de dag, maar het toezicht dat op leden wordt gehouden wordt niet altijd als nalevingbevorderend ervaren.

Zorgbestuurders ervaren dat zij zeer regelmatig door de overheid via administratieve controles worden gecontroleerd; deze controle neemt zelfs toe in de beleving van bestuurders. Fysieke controles worden ook ervaren, weliswaar op een iets kleinere schaal. Hoewel de kans op controles dus sterk nalevingbevorderend is, is de kans op detectie een heel stuk minder nalevingbevorderend. De kans dat een fraudeur wordt ontdekt wordt vrij laag ingeschat. Bestuurders hebben niet het gevoel dat de overheid weet wie zij moeten controleren en dus op basis van de juiste risicoanalyses handelt. Ook de kans dat de overtreding bij de overheid bekend wordt op een andere manier dan door overheidscontrole, wordt gemiddeld tot zeer laag ingeschat. Cliëntraden maken zelden tot nooit gebruik van de mogelijkheid tot melden, niet zelden vanwege angst voor represailles.

In geval van overtreding wordt de bewijsbaarheid als complicerende factor gezien. De kans dat een overtreding gedetecteerd wordt is op zichzelf al klein, en de kans dat door de toezichthouder bewezen kan worden dat de overtreding opzettelijk was, wordt nog kleiner ingeschat. Er bestaan sancties, maar de toezichthouders in de zorg jagen zorgbestuurders geen angst aan. Het toezicht wordt vooral ervaren als een schijnwereld. Naheffing en grote boetes treffen overtreders wel in hun portemonnee. Maar hoofdelijke aansprakelijkheid, naming & shaming en registratie in het Externe Verwijzingsregister wordt door overtreders in veel sterkere mate als nalevingbevorderend ervaren.

De maatregelen die in deze sessie zijn voorgesteld komen in het kort neer op het voeren van een strenger toegangsbeleid tot AWBZ zorg, het versterken van de rol van de zorgkantoren in het bijzonder bij de screening van nieuwe aanbieders, het versterken van ketensamenwerking en het tegengaan van nadelige gevolgen van de schotten (zie de bijlage voor een uitgebreide weergave).

3. Vervolgtraject

Het werken aan bovenstaande risicoanalyse op de beschreven manier is nieuw voor VWS. Er is niet eerder ervaring mee opgedaan. Terugkijkend is het een vruchtbaar én arbeidsintensief traject. De betrokken deelnemers laten zich overwegend positief uit over het gevolgde proces, men vindt het een goede zaak dat VWS deze risicoanalyse uit laat voeren . De conclusie die we kunnen trekken na het doorlopen van de vier bovengenoemde stappen is op de eerste plaats dat we wijzer zijn geworden en op de tweede plaats dat we ons realiseren dat dit een allereerste begin is. Het is nog een dun verhaal. We hebben drie risicogebieden onderzocht en een veelheid aan suggesties voor te nemen maatregelen ontvangen.

Hoe gaan we hiermee verder?

1) Op 24 oktober is dit verslag voorgelegd aan de Regiegroep verbetering zorgfraudebestrijding. De aanvullingen van de regiegroep zijn in het rapport opgenomen en er was alom waardering voor. In dezelfde vergadering is geconcludeerd dat de hier gevolgde methodiek ook gebruikt kan worden voor de geplande risicoanalyses op het terrein van de medisch specialistische zorg en de ggz.
2) VWS heeft zich uitgesproken over de wenselijkheid te komen tot een cyclisch proces van het herhalen van dit soort risicoanalyses; een vraag die openstaat is overigens nog wie de ´trekker´ hiervan moet zijn. De reden dat VWS de trekker van deze risicoanalyse is, is allereerst gelegen in het feit dat er een motie moest worden uitgevoerd.
3) Het advies om niet uitgebreid naar buiten te rapporteren over deze risicoanalyse, maar er wel een passage aan te wijden in een brief die over de AWBZ naar de Kamer gaat, is overgenomen.
4) De drie aanbevolen meest kansrijke maatregelen zullen in gang worden gezet. Van deze maatregelen wordt een verdieping van de risicoanalyse verwacht en/of een eerste begin van een interventiestrategie.

De maatregelen die de projectgroep hiertoe het meest kansrijk acht, zijn:

a) *Early warning door Cliëntenorganisaties*
   Vanuit de cliëntenbeweging is tijdens beide sessie aandacht gevraagd voor het feit dat als cliënten misstanden vermoeden, zij dit nauwelijks durven kenbaar te maken uit angst voor represailles. Wat cliënten tegenkomen in de praktijk is dubbel declareren, gesjoemel met het geld voor extreme zorgzwaarte, indicaties worden opgehoogd zonder dat hier extra zorg tegenover staat. Er vindt intimidatie van cliënten en ouders plaats als zij aangeven dit te willen melden. Veel meldingen komen daardoor van ex-medewerkers en ex-cliënten. Managers in de tussenlaag nemen signalen niet serieus en dekken veel af. Cliënten weten niet waar ze terecht moeten met dit soort signalen. Zorgkantoren weigeren soms signalen in behandeling te nemen en verwijzen naar de instelling.
   We starten een pilot en gaan samen met cliëntenorganisaties bezien of het mogelijk is een initiatief te starten dat beoogt meldingen van cliënten te verzamelen, verrijken en doorgeven.

b) *Screening van nieuwe aanbieders en onderaannemers verbeteren*

Het idee is dat het te makkelijk is voor malafide zorgbestuurders een zorgonderneming te starten en een contract met een zorgkantoor af te sluiten, dan wel als onderaannemer aan de slag te gaan. In beide sessies kwam de toelating aan de orde en was er verontwaardiging bij de deelnemers over dat het makkelijker is een zorgonderneming te starten dan bijvoorbeeld een café. Vanuit de beleidswens de markt open te breken, nieuwe spelers een kans te geven waardoor kwaliteit en doelmatigheid vergroot zouden worden, gelden er steeds minder regels. Het toelatingenbeleid is de laatste jaren sterk geliberaliseerd en wordt, als de Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) doorgaat, geheel afgeschaft. Omdat we nog niet weten of de Wcz doorgaat en wat er eventueel voor in de plaats komt, lijkt het een goede tussenweg om in te zetten op het aanscherpen van de screening van nieuwe aanbieders/onderaannemers die plaatsvindt door zorgkantoren. Zorgkantoren vinden het belang van sceening steeds belangrijker. Er zou een landelijk systeem moeten komen waarin geregeld is waaraan nieuwe toetreders moeten voldoen en hoe dit wordt gescreend. Zorgverzekeraars Nederland heeft hiertoe reeds een initiatief genomen. De NZa vindt dit ook een kansrijk traject.
We starten een pilot om samen met de ketenpartners na te gaan hoe, uitgaande van ieders verantwoordelijkheden, een landelijk screeningssysteem eruit zou kunnen zien.

c) *De juridische aspecten rond fraude en het CIZ verbeteren*
In de beide sessie kwam het thema ´toegang tot de zorg´ als buitengewoon risicovol naar voren. Het CIZ is als dé poortwachter voor het bepalen wie er al dan niet recht heeft op AWBZ zorg een kwetsbare organisatie. De afgelopen periode is het ´bouwen op vertrouwen´ uitgangspunt en dat is ook goed te begrijpen vanuit de beleidswens zo min mogelijk bureaucratie, korte lijnen en weinig administratieve lasten te genereren. Helaas blijkt dat dit ook betekent dat het soms net te gemakkelijk is zowel onjuiste als te hoge indicatiebesluiten te bemachtigen. Het wordt meer en meer als storend ervaren dat het CIZ geen enkele bevoegdheid heeft als het om het voorkomen, opsporen en bestrijden van fraude gaat. Het loont de moeite na te gaan welke verbeteringen hierin aan te brengen zijn. In de Tafel van elf sessies zijn diverse verbetervoorstellen gedaan (zie bijlage 1) . Ook het (nog niet openbare) rapport van het Expertisecentrum Medische Zaken van het OM komt naar aanleiding van de Marque fraudezaak met voorstellen hoe het CIZ juridisch beter te positioneren als het om fraude gaat.
Binnen VWS komt er een juridische werkgroep fraude. Deze werkgroep start met een onderzoek om na te gaan welke juridische verbeteringen wenselijk en mogelijk zijn en komt met voorstellen.

7 november 2012

Bijlage 1. Voorgestelde maatregelen

Opleiding/APK voor bestuurders

- Zorg dat de 'cowboys' de sector niet binnen kunnen komen door een betere toelating, een tijdelijke status oid.
- Leg meer nadruk op het belang van integriteit van de bestuurders. Steun daarbij op het gilde karakter en de gezellen status. Er ligt wat dit betreft al heel veel. Zaak is dit te ordenen en te formaliseren, bijvoorbeeld via het verplicht stellen van een opleiding en het introduceren van een APK. Het gemeenschappelijk belang van alle bestuurders is het verhogen van het maatschappelijk imago.
- Ook aan de deskundigheidsbevordering van leden van de Raden van toezicht is het waard te werken, zij moeten immers goede bestuurders kunnen werven!

Early warning – meldingen van cliënten

- Voor early warning is het van belang dat toezichthouders beter gaan samenwerken. Het is belangrijk om alle data die er voorhanden is ook daadwerkelijk te gebruiken.
- Elk signaal is waardevol. Dus brancheorganisaties en cliëntenorganisaties hierbij inschakelen is zinvol.
- Kijk bijvoorbeeld ook naar sociale media. De IGZ doet bijvoorbeeld een proef met Social Media scanning.

Toelating

- Koppel aan de Kwaliteitswet een AMvB waarin inhoudelijke eisen zijn opgenomen voor instellingen, gebouwen, bestuurders en raden van toezicht.
- Dit is dus iets anders dan gedragscodes, die zijn van de branches/beroepsgroep.
- Maak hiervan een boekje zodat het duidelijk is waar een ieder aan moet voldoen, net zoals je dit gebruikelijk is als je een café begint.
- Laat de IGZ dit handhaven en zorg dat verzekeraars alleen kunnen contracteren met instellingen die hieraan voldoen.
- Alleen als je hieraan voldoen en het is getoetst, krijg je een AGB-code.

Toegang

- *Face to face indiceren bij bepaalde groepen*
  Dit zou goed kunnen werken wanneer het niet ongericht plaatsvindt., maar alleen bij fraudegevoelige groepen. Op verzoek van de Tweede Kamer is reeds gekeken naar risicoprofielen, hieruit blijken de volgende aanvragen in aanmerking te komen voor face to face indicatie: 1) aanvraag voor extramurale zorg in bepaalde omvang, en 2) eerste aanvraag voor verblijf. Vanaf juli start het CIZ met een pilot voor zowel PGB als zorg in natura.
- *CIZ als sanctionerende bevoegdheid bij indicatiefraude*
  Het CIZ moet meer mogelijkheden krijgen om sanctionerend op te treden tegen fraude bij indicatiestellingen en moet bevoegdheid krijgen om sancties voor aanbieders op te leggen volgens het APK model. Sancties kunnen bijvoorbeeld zijn: het intrekken van een indicatiebesluit, de bevoegdheid tot indiceren afpakken, het verbieden van digitale aanvragen.
- *Handtekening cliënt/vertegenwoordiger verplicht stellen (bij 80+)*
  Het CIZ zet indicaties van zorgaanbieders automatisch om in een indicatiebesluit bij 80+. Er wordt niet gecontroleerd of de handtekening van de cliënt of diens vertegenwoordiger aanwezig is, waardoor er een probleem ontstaat wanneer er een melding of zaak van wordt

gemaakt. Een handtekening van de cliënt of diens vertegenwoordiger zou daarom verplicht moeten worden gesteld.

- *Indicatiebesluit standaard naar huisarts*
  Het indicatiebesluit zou standaard ter informatie naar de huisarts gestuurd moeten worden. Op deze manier verbetert de informatiepositie van de huisarts en kan deze e.e.a. in de gaten houden.
- *Opvragen van (medische) informatie moet mogelijk worden.*
  Op dit moment kan de aanvrager op het aanvraagformulier middels een vinkje aangeven dat medische informatie niet opgevraagd mag worden. Hierdoor kan niet gecontroleerd worden of de opgegeven informatie correct is. Deze mogelijkheid moet verdwijnen.

Rol zorgkantoren / nieuwe toetreders.

- *Betere controle/screening van nieuwe toetreders.*
  Bestuurders moeten langs de zwarte lijst van het Externe Verwijzings Register en andere openbare registers worden gelegd. Ook moeten het eerste jaar meer administratieve controles plaatsvinden en controles op kwaliteit.

- *Beter toezicht op onderaannemers*
  Zorgkantoren moeten als eis stellen dat aanbieders de gegevens van alle onderaannemers waar zij mee werken doorgeven, zodat er een screening kan plaatsvinden.

- *Betere koppeling tussen AZR en PGB*
  Door realisatie van een samenloop tussen PGB en AZR (AWBZ-brede zorgregistratie) kunnen aanbieders/beroepsbeoefenaren gevonden worden die steeds opnieuw blijven opduiken.

- *Kwaliteitscriteria hanteren*
  Indien de uitvoering van de AWBZ overgeheveld wordt naar de zorgverzekeraars is het van belang dat kwaliteitscriteria blijven gelden voor nieuwe toetreders en screening blijft plaatsvinden. Besluiten moeten niet met een (eenvoudige) bezwaarprocedure onderuit kunnen worden gehaald.

- *Nieuwe leden toets voor brancheorganisaties*
  De toets op nieuwe leden door brancheorganisaties zou overeen moeten komen met de toets die zorgkantoren ook hanteren. Wanneer hier afstemming op plaats zou vinden tussen de brancheorganisatie en zorgkantoren kunnen hier voorwaarden aan verbonden worden (bijvoorbeeld als toelatingscriterium: lid zijn van een brancheorganisatie).

Ketensamenwerking

- *Convenant en samenwerkingsovereenkomst.*
  De uitwerking hiervan is erg belangrijk, omdat mogelijk gemaakt moet worden dat informatie, vermoedens en signalen kunnen worden uitgewisseld door en tussen alle partijen. De techniek voor het samenkomen van informatiestromen vormt hierin niet zozeer een probleem, de juridische uitwisselbaarheid wel. De verwachting is dat de pakkans enorm zal stijgen wanneer de juridische barrières voor gegevensuitwisseling worden weggenomen.
- *Alle ketens betrekken*
  Er moet een analyse gemaakt worden van de gehele keten, waar ook zorgafnemer en zorgverlener (personeel, bestuur, raad van toezicht) in worden meegenomen. De NMa valt bijvoorbeeld overal nog buiten, terwijl zij ook een belangrijk lid van de keten zijn.
- *Good governance: benoeming bestuurders*
  Er zou door de Raden van Toezicht bij het benoemen van bestuurders een check moeten plaatsvinden bij een meldpunt voor de zorg. Zij moeten de informatie die zij verkrijgen van kandidaten (o.a. bijbaantjes) kunnen screenen bij een (daarvoor ingericht) loket van de overheid, bijv. met behulp van aangiftegegevens van de belastingdienst.

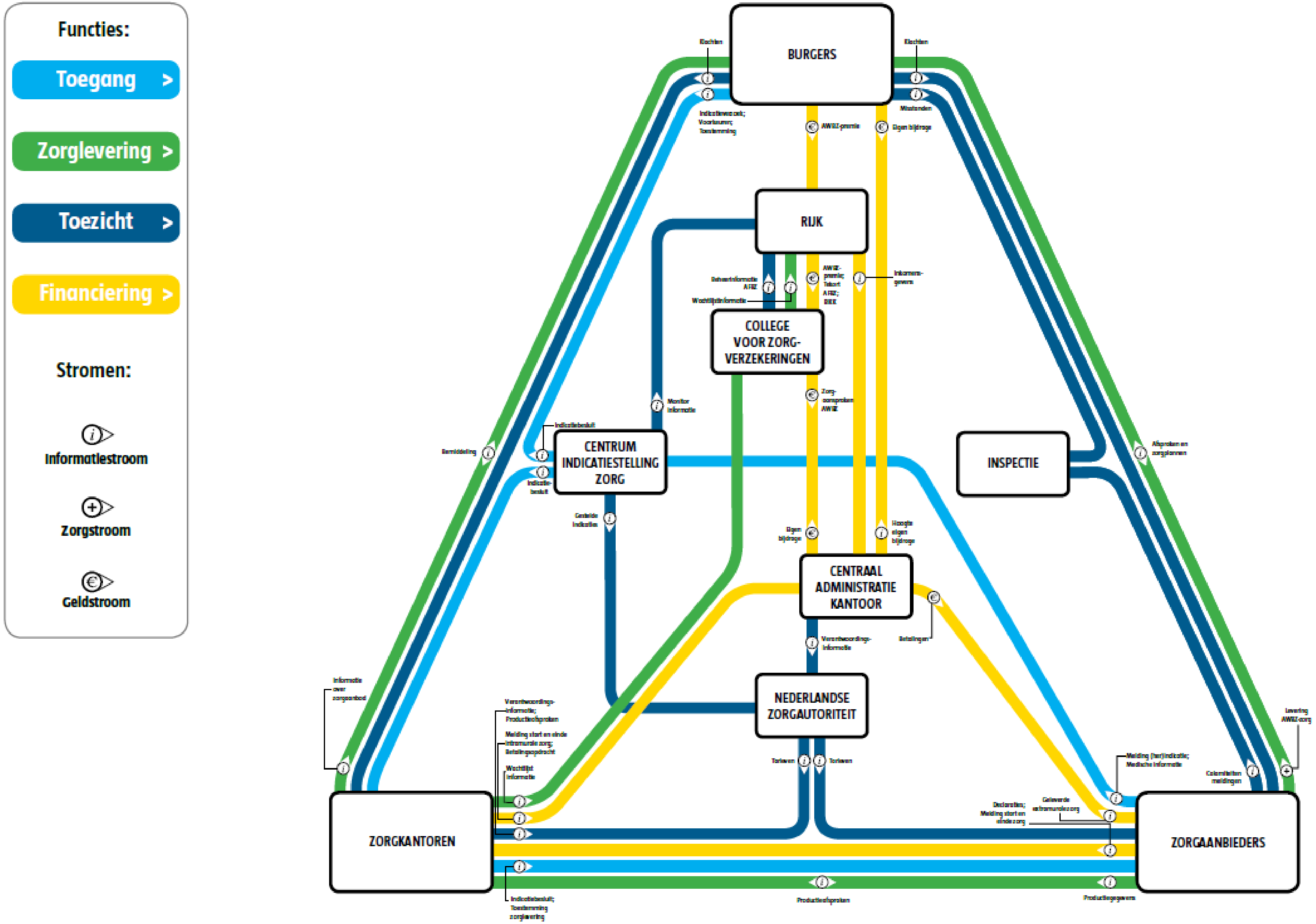
- *Multidisciplinaire opsporingsteams.*
  Het verbond van verzekeraars is bezig met de inrichting van multidisciplinaire opsporingsteams. Deze teams gaan verder dan alleen het uitwisselen van informatie, zij gaan samen op pad.

Schotten

- *Betere aansluiting van systemen.*
  De verschillende systemen moeten beter op elkaar aansluiten. Systemen moet langs verschillende assen worden gebouwd en aan elkaar gekoppeld worden (zorgaanbieder, cliënt, zorgverlener).
- *Generieke korting*
  Het afbouwen van bedden uit het meerjarenakkoord zal leiden tot extra taken van de huisarts. Dit werkt ritselaars juist in de hand. Een alternatief in de vorm van generieke korting zou kunnen werken als incentive om creatiever te zijn in het zoeken van een oplossing.
- *Toets opstapeling eigen bijdragen*
  De eigen bijdragen voor zelfstandig wonen zijn opgeteld erg hoog, waardoor cliënten financieel gezien beter voor intramurale zorg kunnen kiezen. De prikkel om beter te worden is daardoor erg laag. Het CAK zou een toets moeten instellen om de cumulatie in eigen bijdrage in de gaten te houden.

Bijlage 2: Overzichtskaarten AWBZ

Hoe werkt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?



Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Terug naar het toegang stromenschema

Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

- Toegang
- Zorglevering
- Toezicht
- Financiering

BURGERS
- Burgers stellen (met hulp) vast dat ze AWBZ-zorg nodig hebben en oriënteren zich op het zorgaanbod.
- Burgers sturen (met hulp) informatie over hun zorgbehoefte naar het CIZ en doen indicatieverzoeken.
- Burgers geven het CIZ een voorkeur aan voor leveringsvorm en zorgaanbieder, of vragen het zorgkantoor om hulp bij het kiezen.
- Burgers geven het CIZ toestemming om hun medische gegevens op te vragen bij zorgaanbieders.

CIZ
- Het CIZ stelt voor burgers aanspraken op AWBZ-zorg vast op basis van beleidsregels van het Rijk.
- BJZ stelt aanspraken op Jeugd GGZ vast voor personen onder de 23 jaar met psychiatrische problemen.
- Het CIZ vraagt met expliciete toestemming van burgers medische informatie op bij zorgaanbieders.
- Het CIZ stuurt genomen indicatiebesluiten naar burgers.
- Het CIZ stuurt genomen indicatiebesluiten naar zorgkantoren.

ZORGKANTOREN
- Zorgkantoren sturen indicatiebesluiten van het CIZ naar zorgaanbieders.
- Zorgkantoren informeren de betreffende zorgaanbieder dat geïndiceerde zorg geleverd mag worden.

ZORGAANBIEDERS
- Zorgaanbieders doen namens burgers een herindicatie-verzoek of een indicatiemelding bij het CIZ.
- Zorgaanbieders maken informatie over hun eigen zorgaanbod toegankelijk voor burgers.
- Zorgaanbieders geven het CIZ inzicht in medische gegevens met toestemming van burgers.

CVZ
- Het CVZ adviseert het ministerie van VWS over de samenstelling van het AWBZ-pakket.
- Het CVZ publiceert informatie over welke zorg verzekerd is binnen de AWBZ.

RIJK
- Het Rijk stelt de voorwaarden rond het recht op AWBZ-zorg (zorgaanspraken) vast.
- Het Rijk zorgt dat informatie over de AWBZ en het zorgaanbod beschikbaar is voor burgers.

Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Terug naar het zorglevering stromenschema

- Toegang
- Zorglevering
- Toezicht
- Financiering

Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Zorglevering

BURGERS
- Burgers maken op basis van het indicatiebesluit afspraken en zorgplannen met zorgaanbieders.

ZORGKANTOREN
- Zorgkantoren informeren burgers over het (beschikbare) aanbod en de kwaliteit van zorg in de regio.
- Zorgkantoren helpen burgers die om bemiddeling vragen, bij het vinden van een zorgaanbieder.
- Zorgkantoren leveren informatie over wachtlijsten aan het CVZ.
- Zorgkantoren maken jaarlijks hun zorginkoopbeleid kenbaar aan zorgaanbieders.
- Zorgkantoren maken productieafspraken met zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit van te leveren AWBZ-zorg.

ZORGAANBIEDERS
- Zorgaanbieders maken productieafspraken met zorgkantoren over prijs, volume en kwaliteit van te leveren AWBZ-zorg.
- Zorgaanbieders leggen afspraken met burgers vast in zorgplannen en leveringsvoorwaarden.
- Zorgaanbieders leveren geïndiceerde AWBZ-zorg aan burgers zoals afgesproken in het zorgplan.
- Zorgaanbieders leveren zorgkantoren maandelijks gegevens over de gerealiseerde productie.

CVZ
- Het CVZ levert wachtlijstinformatie aan het ministerie van VWS.

NZA
- De NZa stelt voor zorgkantoren de regionale contracteerruimte (budget) vast.
- De NZa publiceert beleidsregels, zoals welke prestaties gedeclareerd mogen worden tegen welke prijs.

RIJK
- Het Rijk stelt de wettelijke kaders vast voor (de kwaliteit van) zorglevering, bijvoorbeeld in de Kwaliteitswet.
- Het Rijk stelt financiële kaders vast voor zorginkoop door zorgkantoren (contracteerruimte).
- Het Rijk geeft jaarlijks een aanwijzing hoe te handelen bij te kleine contracteerruimte (NZa-knelpuntenprocedure).
- Het Rijk wijst verzekeraars (concessiehouders) aan voor uitvoering van de AWBZ.

Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Terug naar het toezicht stromenschema

Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

- Toegang
- Zorglevering
- Toezicht
- Financiering

Toezicht

- **BURGERS**
  - Burgers kunnen klachten over zorgaanbieders indienen bij klachtencommissies van zorgaanbieders.
  - Burgers kunnen klachten over zorgaanbieders en het zorgkantoor indienen bij het zorgkantoor.
  - Burgers kunnen misstanden melden bij de Inspectie.
- **CIZ**
  - Het CIZ rapporteert aan het ministerie van VWS over de vraag naar AWBZ-zorg (monitor informatie).
  - Het CIZ monitort achteraf de indicaties die zorgaanbieders zelf afgeven via Standaard Indicatie Protocollen of Herindicaties via Taakmandaat.
  - Het CIZ monitort achteraf de hoeveelheid indicatiemeldingen en het effect hiervan op de AWBZ-uitgaven.
  - Het CIZ informeert de NZa over gestelde indicaties (soort en aantal) per zorgregio.
- **ZORG-KANTOREN**
  - Zorgkantoren controleren of gedeclareerde zorg overeenkomt met indicatiebesluiten en productieafspraken.
  - Zorgkantoren controleren of gedeclareerde zorg daadwerkelijk en doelmatig is geleverd.
  - Zorgkantoren leggen aan de NZa verantwoording af over hun activiteiten en resultaten.
  - Zorgkantoren informeren de NZa over gemaakte en gerealiseerde productieafspraken met zorgaanbieders.
- **ZORG-AANBIEDERS**
  - Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht een klachtencommissie in te stellen voor burgers.
  - Zorgaanbieders publiceren een openbaar jaarverslag met informatie over geleverde zorg en de kwaliteit hiervan.
  - Zorgaanbieders leggen jaarlijks financiële verantwoording af via een extern accountantsrapport.
  - Zorgaanbieders melden ernstige klachten direct aan de Inspectie en sturen jaarlijks een klachtenrapport.
- **CVZ**
  - Het CVZ is verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van het financieel beheer van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).
  - Het CVZ brengt circulaires uit om beleids- en uitvoeringsinformatie te verduidelijken voor zorgverzekeraars.
  - Het CVZ rapporteert aan het ministerie van VWS over het beheer van het AFBZ.
- **CAK**
  - Het CAK legt verantwoording af aan de NZa over de uitvoering van zijn taken.
- **NZA**
  - De NZa stelt normen vast voor uitvoerders van de AWBZ (prestatiemeting), houdt toezicht en rapporteert aan het ministerie van VWS.
  - De NZa stelt tarieven vast voor zorglevering, en stelt deze ter beschikking aan zorgkantoren en -aanbieders.
  - De NZa ziet toe op en handhaaft naleving van de Wet Marktordening Gezondheidszorg door uitvoerders van de AWBZ.
  - De NZa toetst vooraf of afspraken tussen zorgkantoren en -aanbieders binnen de contracteerruimte vallen.
- **INSPECTIE**
  - De Inspectie houdt toezicht op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, handhaaft wet- en regelgeving en rapporteert aan het ministerie van VWS.
- **RIJK**
  - Het Rijk houdt toezicht op de werking van het AWBZ-systeem als geheel.
  - Het Rijk stelt de wettelijke kaders voor toezicht vast en belegt verantwoordelijkheden.

Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Terug naar het financiering stromenschema

Toegang

Zorglevering

Toezicht

Financiering

Wie doet wat in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

BURGERS
- Burgers betalen AWBZ-premie aan het Rijk via hun werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie (14,7 miljard).
- Burgers betalen een eigen bijdrage voor AWBZ-zorg aan het CAK (1,7 miljard).

ZORG-KANTOREN
- Zorgkantoren melden aan het CAK start en einde van de intramurale zorg om de eigen bijdrage van burgers vast te stellen.
- Zorgkantoren geven het CAK betalingsopdrachten om zorgaanbieders te betalen voor geleverde zorg.

ZORG-AANBIEDERS
- Zorgaanbieders sturen declaraties voor geleverde zorg naar zorgkantoren.
- Zorgaanbieders melden de zorgkantoren de start en het einde van de zorglevering.
- Zorgaanbieders leveren informatie over geleverde extramurale zorg aan het CAK om de eigen bijdrage van burgers vast te stellen.

CVZ
- Het CVZ beheert het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).
- Het CVZ geeft gelden voor zorgaanspraken door aan het CAK (21,7 miljard).
- Het CVZ verzorgt de financiële afrekening met zorgkantoren op basis van de rapportage van de NZa.

CAK
- Het CAK stelt de eigen bijdrage van burgers vast.
- Het CAK informeert burgers over de hoogte van de eigen bijdrage.
- Het CAK stort de eigen bijdragen van burgers in het AFBZ (1,7 miljard).
- Het CAK betaalt zorgaanbieders in opdracht van zorgkantoren (21,7 miljard).

RIJK
- Het Rijk levert het CAK relevante inkomensgegevens voor vaststelling van de eigen bijdrage van burgers.
- Het Rijk geeft AWBZ-premies en BIKK door aan het CVZ, en vult tekorten in het AFBZ aan (22,2 miljard).